9.

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS. N° 278.

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE,

Présentée et soutenue le 28 *août* 1852,

Par ALPHONSE MORPAIN,

né à Strasbourg (Bas-Rhin),

ancien Élève des Hôpitaux civils de Strasbourg, des Hôpitaux civils de Paris,
ex-Chirurgien militaire.

ÉTUDES ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES
DES GRANDES LÈVRES.

Le Candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS.

RIGNOUX, IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE,
rue Monsieur-le-Prince, 31.

1852

1852. — *Morpain.*

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS.

Professeurs.

M. P. DUBOIS, DOYEN.

	MM.
Anatomie	DENONVILLIERS, Président.
Physiologie	BÉRARD.
Chimie médicale	ORFILA.
Physique médicale	GAVARRET.
Histoire naturelle médicale	RICHARD.
Pharmacie et chimie organique	....
Hygiène	BOUCHARDAT.
Pathologie médicale	DUMÉRIL. REQUIN.
Pathologie chirurgicale	GERDY, Examinateur. J. CLOQUET.
Anatomie pathologique	CRUVEILHIER.
Pathologie et thérapeutique générales	ANDRAL.
Opérations et appareils	MALGAIGNE.
Thérapeutique et matière médicale	TROUSSEAU.
Médecine légale	ADELON.
Accouchements, maladies des femmes en couches et des enfants nouveau-nés	MOREAU.
Clinique médicale	BOUILLAUD. ROSTAN. PIORRY. ....
Clinique chirurgicale	ROUX. VELPEAU. LAUGIER. NÉLATON.
Clinique d'accouchements	P. DUBOIS.

Secrétaire, M. AMETTE.

Agrégés en exercice.

MM. BEAU.
BÉCLARD.
BECQUEREL.
BURGUIÈRES.
CAZEAUX.
DEPAUL, Examinateur.
DUMÉRIL fils.
FAVRE.
FLEURY.
GIRALDÈS.
GOSSELIN.
GRISOLLE.

MM. GUENEAU DE MUSSY.
HARDY.
JARJAVAY.
REGNAULD.
RICHET.
ROBIN.
ROGER.
SAPPEY.
TARDIEU.
VIGLA, Examinateur.
VOILLEMIER.
WURTZ.

Par délibération du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

ÉTUDES

ANATOMIQUES ET PATHOLOGIQUES

DES

GRANDES LÈVRES.

Anatome verum medicinæ lumen.
(MORGAGNI.)

AVANT-PROPOS.

Nous nous proposons, dans ce travail, d'élucider quelques points relatifs à la pathologie des grandes lèvres.

Nous nous occuperons surtout des tumeurs de cette région, et nous nous efforcerons de préciser le siége anatomique de chacune d'elles.

Si cette étude n'a pas été abordée d'une manière complète, c'est qu'en effet, il y a peu de temps encore, l'anatomie des grandes lèvres n'était connue que d'une manière grossière. Ce sont les belles re-

cherches faites dans ces derniers temps, par MM. Robert, Huguier et Broca, qui ont jeté le plus grand jour sur cette question (1).

Qu'on le sache bien, nous n'avons pas la prétention de tracer d'une manière complète l'histoire de ces tumeurs; nous pourrons montrer cependant quelles sont les précieuses applications chirurgicales que l'on peut déduire de ces découvertes modernes.

---

(1) Nous sommes heureux de pouvoir, dans cette circonstance solennelle, saisir l'occasion de remercier vivement M. le Dr Broca de tout l'intérêt qu'il nous a porté dans le courant de nos études; nous lui vouons une amitié inaltérable pour tous les bons conseils et encouragements qu'il nous a prodigués durant la composition de ce travail.

CHAPITRE I[er].

ANATOMIE DES GRANDES LÈVRES.

§ I. On comprend sous le nom de grandes lèvres deux replis cutanés, saillants, situés entre le pubis et le périnée, occupant la région la plus externe de l'ouverture antéro-postérieure à laquelle on donne le nom de vulve.

Placées de chaque côté de la ligne médiane, elles peuvent, en forçant un peu l'analogie, représenter chez la femme le repli cutané que l'on désigne chez l'homme sous le nom de scrotum ; nous verrons en effet plus loin, en parlant de leur structure, que ce rapprochement peut être permis.

Les grandes lèvres sont limitées en haut ou en avant par le mont de Vénus, en bas ou en arrière par le périnée; en s'unissant ainsi elles forment deux commissures, dont l'une est antérieure et l'autre postérieure. M. Cruveilhier prétend qu'il n'y a pas de commissure antérieure (1); que les grandes lèvres ne se réunissent pas en avant, mais laissent entre elles un intervalle dans lequel on voit la saillie que forme le clitoris. Cependant, dans la majorité des cas, cet appareil érectile se trouve à 4 ou 6 lignes en arrière de l'extrémité antérieure des grandes lèvres, se réunit à leur base, le plan supérieur s'écarte alors et va se perdre dans le pénil.

Les grandes lèvres sont plus rapprochées en avant qu'en arrière; dans cette dernière position de leur étendue, elles s'écartent et laissent dans leur intervalle un pli dirigé transversalement, concave en haut, convexe en arrière, qu'on appelle *fourchette*. L'intervalle

---

(1) Cruveilhier, *Anat. descript.*, t. 3, p. 685.

offre un enfoncement qui sépare la fourchette de l'entrée du vagin et qui porte le nom de fosse naviculaire.

Les grandes lèvres offrent dans leur configuration, leur longueur, leurs rapports mutuels, leur épaisseur, un certain nombre de variétés subordonnées à l'âge de la femme, au degré de développement des fonctions génératrices, aux différentes maladies dont elles ont été affectées.

Ainsi, chez le fœtus, les grandes lèvres, peu développées, sont écartées l'une de l'autre; chez les jeunes filles vierges, elles sont exactement appliquées l'une contre l'autre; chez les femmes qui ont eu des enfants ou par l'abus du coït, elles perdent leur résistance, deviennent lâches, pendantes et s'ouvrent.

Les grandes lèvres acquièrent souvent une longueur extraordinaire: au rapport du capitaine Vaillant, Otto (1), et d'autres voyageurs qui ont exploré le sud de l'Afrique, ils ont rencontré, chez certaines Africaines, une longueur de 6 à 9 pouces de ce repli membraneux.

On peut distinguer aux grandes lèvres deux faces, deux bords, deux extrémités.

La face externe, lisse, glabre chez la jeune fille impubère, offre chez la femme nubile et adulte des poils frisés plus ou moins abondants et de couleur variable. Cette face prend chez les femmes qui ont abusé du coït ou qui ont eu plusieurs enfants, un aspect brunâtre plus ou moins foncé, analogue encore en ce cas au scrotum de l'homme.

La face interne ou muqueuse est en rapport avec la face du côté opposé, humide et lisse, elle est lubréfiée par un liquide sébacé.

Le bord libre et convexe recouvert de poils chez la fille nubile, glabre avant l'époque de la puberté.

Le bord adhérent se confond avec la vulve.

L'extrémité antérieure se confond avec le mont de Vénus.

---

(1) Huschke, *Traité de splanchnologie,* trad. par Jourdan, p. 467.

L'extrémité postérieure s'unit à celle du côté opposé pour constituer la fourchette.

§ II. La structure des grandes lèvres a été connue des anciens anatomistes, mais plusieurs points de cette étude ont été mieux suivis et plus approfondis de nos jours.

Les grandes lèvres en allant de dehors en dedans sont formées par un feuillet cutané et un feuillet muqueux, dans l'intervalle desquels se trouve un plan cellulo-fibreux, du tissu adipeux, des vaisseaux, des nerfs, des appareils glandulaires. Nous porterons principalement notre attention sur le plan cellulo-fibreux, c'est en partie sur ce point qu'a porté notre étude.

Le feuillet cutané, continuation de la peau du pli de l'aine, présente tous les caractères anatomiques et microscopiques des autres replis cutanés. De légères différences portent sur la plus ou moins grande quantité de dépôt de pigmentum qu'on y trouve, et sur le peu d'épaisseur du derme et de l'épiderme qui le compose. Cette épaisseur n'est pas la mêmedans toute l'étendue de la grande lèvre, elle diminue d'avant en arrière.

Le feuillet muqueux ou interne offre des caractères tels, que ceux-ci indiquent une transition entre la peau des organes extérieurs de la génération et la muqueuse vaginale. Il est muni de différents appareils glandulaires que nous examinerons plus bas.

Nous porterons surtout, avons-nous dit, notre attention sur les éléments qui sont contenus entre le feuillet cutané et le feuillet muqueux.

Jusqu'ici les anatomistes se sont contentés d'indiquer la présence d'une masse graisseuse qui constitue la plus grande partie de la grande lèvre.

Les dissections de M. Broca, prosecteur de la Faculté, l'ont conduit à des résultats plus précis, dont nous avons maintes fois vérifié l'entière exactitude.

Cet anatomiste (1) a découvert, dans l'épaisseur de la grande lèvre, un appareil membraneux exactement semblable par sa forme, son origine, ses rapports et sa structure, au dartos de l'homme; il a donné à cet appareil le nom de *sac dartoïque*. Cette découverte a jeté le plus grand jour sur la physiologie, et surtout sur la pathologie de la grande lèvre. Le but principal de cette thèse est de déduire des conséquences pratiques de cette disposition anatomique nouvelle. Nous empruntons d'abord au travail de M. Broca la description du sac dartoïque.

Quand on étudie les divers éléments des tissus qui entrent dans la grande lèvre, et que l'on porte la dissection de dehors en dedans, on sépare la peau, sans grande difficulté, d'un feuillet membraneux parfaitement net, qui tient la place du *fascia superficialis*.

Si l'on suit ce feuillet aponévrotique, on voit qu'il va s'insérer sur le derme, au niveau de la gouttière qui sépare la grande lèvre de la petite.

En dehors le feuillet membraneux prend des insertions sur la lèvre externe de la branche ischio-pubienne; au-dessous de l'insertion du corps caverneux du clitoris, en arrière de la fourchette, il se continue insensiblement avec le fascia superficialis du périnée et de la région ischio-rectale; en avant il offre une disposition plus compliquée, sur laquelle nous reviendrons plus tard.

On croirait que l'aponévrose périnéale superficielle (ischio-pubio-vulvaire de M. Jarjavay) présente, en dedans et en dehors, des insertions identiques. Partie de la branche ischio-pubienne, elle va se rendre aussi au derme de la vulve, dans le fond du sillon qui sépare la nymphe de la grande lèvre.

L'aponévrose périnéale superficielle et le feuillet que nous décrivons sont donc confondus par leurs insertions ischio-pubiennes et par leurs insertions vulvaires; mais, entre ces deux limites, ils sont

---

(1) *Bulletin de la Société anatomique de Paris*, mars 1851, p. 190.

séparés l'un de l'autre par un paquet graisseux qui constitue presque toute l'épaisseur de la grande lèvre. Tous les anatomistes ont décrit ce paquet graisseux ; mais aucun d'eux n'en a indiqué le siége précis ni les connexions exactes.

Voilà ce qu'on aperçoit lorsqu'on se contente de détacher la peau de la grande lèvre : voici maintenant ce qu'une dissection plus étendue permet de reconnaître.

Le feuillet membraneux que nous venons d'indiquer n'est autre chose que la paroi antérieure d'un sac qui est l'analogue du *dartos* chez l'homme. Qu'on se figure une bourse membraneuse à goulot long et étroit et à fond aplati ; qu'on l'introduise par la pensée entre la peau et l'aponévrose périnéale superficielle, de telle sorte que son fond soit tourné vers la fourchette, et que son ouverture, dirigée en haut et en dehors, vienne aboutir à l'anneau inguinal externe, et on aura une idée exacte du sac que nous décrivons.

Ce sac commence au pli de l'aine, au devant de l'anneau externe ; ses fibres proviennent en grande partie du fascia superficialis de la cuisse et de l'abdomen ; quelques-unes d'entre elles cependaat naissent directement de l'épine pubienne et du pilier externe de l'anneau.

A partir de ce point, les fibres descendent obliquement de haut en bas, et de dehors en dedans interceptent une cavité en forme de cône dont la partie rétrécie, située en haut, reçoit aisément le doigt auriculaire.

Devenant de plus large à mesure qu'il descend, ce sac s'aplatit d'avant en arrière, et se place dans l'intérieur de la grande lèvre, entre la peau et l'aponévrose superficielle du périnée. Au niveau de la fourchette, ses deux parois opposées se rapprochent, se confondent, et ne forment dès lors plus qu'un seul feuillet qui se continue avec le fascia superficialis des parties latérales de l'anus.

La face antérieure de ce sac est presque libre d'adhérences. Il suffit de quelques tractions pour en détacher la peau, dont elle est séparée seulement chez les femmes grasses par quelques vésicules adipeuses.

On opère très-facilement cette séparation avec le manche du scalpel.

La face postérieure est aussi libre d'adhérences dans sa moitié supérieure ; là, on l'isole aisément avec la pulpe du doigt; mais dans sa moitié inférieure, c'est-à-dire depuis le niveau du méat urinaire jusqu'au niveau de la fourchette, elle adhère à la face inférieure de l'aponévrose superficielle. Il faut disséquer, pour séparer ces deux plans membraneux l'un de l'autre, et il existe même un point au niveau de l'insertion ischio-pubienne du corps caverneux où cette séparation est impossible : là, en effet, les deux plans se confondent dans une insertion unique.

Le bord externe du sac est libre dans sa moitié supérieure ; mais à partir de l'insertion du corps caverneux, il s'implante sur la branche ischio-pubienne. Il en résulte que ce bord constitue en haut une espèce d'arcade à concavité externe et inférieure, arcade dont l'extrémité supérieure s'insère sur le pilier externe de l'anneau, et dont l'extrémité inférieure adhère à la branche ischio-pubienne.

Pour préparer cette arcade, il suffit d'enlever la peau et quelques vésicules adipeuses; on voit alors un cordon épais, blanc et concave, sous lequel on introduit le doigt avec la plus grande facilité, ce qui permet de soulever la moitié supérieure du sac aussi aisément qu'on soulève chez l'homme le cordon et les euveloppes au-dessous de l'anneau inguinal.

Le bord externe du sac est convexe dans sa moitié supérieure; il est en continuité avec le fascia superficialis du mont de Vénus, reçoit même quelques fibres qui proviennent du ligament suspenseur du clitoris; il est séparé du bord correspondant de son homologue par un espace anguleux dont l'ouverture est dirigée en haut, espace qui occupe la masse adipeuse du mont de Vénus.

Dans sa moitié inférieure, le bord externe du sac s'amincit, adhère au derme de la grande lèvre, dans le sillon qui la sépare de la nymphe. L'extrémité postérieure du sac offre une gouttière fort aiguë, dont l'ouverture est dirigée en haut et en avant. A ce niveau, le feuillet antérieur et le feuillet postérieur convergent très-obliquement

et se confondent en un feuillet unique, qui se continue avec le fascia superficialis du périnée.

L'extrémité supérieure du sac, c'est-à-dire son ouverture, s'applique exactement sur le pourtour de l'anneau inguinal. Si l'on introduit une sonde cannelée dans le canal inguinal, par l'anneau interne, on voit l'instrument pénétrer sans difficulté dans le sac, en parcourir le goulot, et aboutir à la grande lèvre.

Il est clair, par conséquent, que ce sac doit servir d'enveloppe aux viscères qui s'échappent à travers le canal inguinal.

Enfin la cavité du sac est remplie de graisse ; c'est dans son intérieur qu'est contenu le bourrelet adipeux de la grande lèvre. Nous n'avons jamais vu, même sur les sujets les plus maigres, cette graisse manquer complétement. La masse adipeuse adhère un peu à la moitié inférieure du sac ; en haut, elle adhère davantage. Chez les femmes maigres, on peut, en introduisant un insufflateur à travers la paroi antérieure, distendre avec le gaz les deux tiers inférieurs de la cavité, presque aussi aisément qu'on insuffle la cavité des épiploons. Nous n'avons jamais pu faire remonter l'air jusqu'au niveau de l'anneau inguinal, l'adhérence de la masse adipeuse augmentant de bas en haut, nous avons toujours produit une rupture avant d'obtenir l'insufflation complète. Nous n'avons jamais rencontré non plus cette bourse muqueuse que M. Velpeau (1) a trouvée chez quelques filles publiques. Dans un cas que M. Broca a montré dans son cours d'anatomie le tissu cellulaire placé derrière la paroi antérieure du sac dartoïque, présentait une telle laxité qu'on était porté à croire que c'était là, pour ainsi dire, le premier degré de la formation de cette bourse muqueuse.

Enfin, nous ajouterons que nous avons vu deux fois, à la salle des morts de l'hôpital Saint-Louis, un petit ganglion lymphatique, obs-

---

(1) Velpeau, *Dict. de méd.*, t. 16~~, p. 454~~.

truant l'anneau externe, et faisant saillie à moitié dans le canal inguinal, à moitié dans le goulot du sac dantoïque.

§ III. Ayant recherché la présence de ce sac chez le fœtus, nous avons plusieurs fois trouvé ce prolongement péritonéal qu'on appelle canal de Nuck (1), du nom de l'anatomiste qui l'a le premier mentionné et décrit, se terminer en cul-de-sac dans le goulot de la bourse que nous avons décrit. Nous pensions aussi que cette extrémité supérieure du sac était renforcée par le ligament rond qui, selon tous les auteurs et par ce que nous avions vu nous-même, venait se perdre dans le tissu cellulaire du mont de Vénus et des grandes lèvres. Déjà nous avions consigné ce fait de renforcement, quand nous eûmes connaissance du travail de Rainey sur le ligament rond de l'utérus. L'époque à laquelle ce travail parut dans les archives ne nous permît point de contrôler, malgré tous les désirs, d'une manière suivie, ces nouvelles recherches. Cependant nous avons pu, jusqu'à un certain point, nous assurer que ce qu'avançait cet anatomiste paraissait assez exact, quant à la terminaison du ligament rond (2).

Nous avons vu, comme il l'indique, que le ligament rond que l'on dit généralement passer à travers l'anneau addominal externe, que ce ligament rond possède des vaisseaux artériels, des nerfs, des lymphatiques, réunis par du tissu cellulaire ; que ce qui sort par l'orifice externe de l'anneau n'est pas la substance propre du ligament (car cette substance s'arrête au-dessus de l'anneau interne comme pour le fermer); mais bien les vaisseaux, les nerfs et les lymphatiques, et quelquefois un ganglion, qui passent à travers l'anneau abdominal

---

(1) Nuck, *Adenographia curiosa et uteri fœminei anatome nova*, 1722, p. 131 à 140.

(2) Rainey, *Philosophical transactions of London*, t. 111 (*Archives gén. de méd.*, t. 19, mars 1852).

externe. Nous avons suivi ces éléments, et nous les avons vus s'engager dans le goulot du sac, et s'éparpiller en petits faisceaux blancs qu'on peut suivre jusque dans la grande lèvre.

Partant de ce fait, nous avons pu nous rendre compte, jusqu'à un certain point, pourquoi, chez plusieurs fœtus, nous avions trouvé le canal de Nuck parfaitement formé par un repli péritonéal, et libre complétement dans l'anneau, ne présentant plus dans ce point un semblant de continuité avec le ligament rond qui s'arrêtait à l'orifice interne de l'anneau.

Toutes les figures de Nuck indiquent et marquent ce prolongement du ligament en dehors en forme de pinceaux fibreux (1).

Les parois du sac dartoïque sont formées par des fibres de couleur jaunâtre, obliques de haut en bas et de dehors en dedans, parallèles, élastiques; ces fibres proviennent :

1° Du pilier externe de l'anneau;

2° Du fascia superficialis de l'abdomen;

3° Du ligament suspenseur du clitoris.

Il y a par conséquent la plus grande analogie entre ce tissu et le tissu du dartos chez l'homme. Chez les femmes grosses ou récemment accouchées, les fibres du sac dartoïque deviennent rougeâtres. Ces fibres sont constituées par du tissu cellulaire sans apparence de muscles. On sait que le *dartos de l'homme* est composé également de tissu cellulaire pur, et qu'on n'y trouve des fibres musculaires que chez les grands animaux. Henle a donné à ce tissu le nom de *tissu cellulaire contractile,* et les expériences que nous avons faites sur plusieurs femmes, et que nous rapporterons plus loin, établissent que le tissu du sac dartoïque est contractile, comme celui du dartos, sous l'influence du froid.

Les vaisseaux des grandes lèvres viennent, pour les artères, de

---

(1) Nuck, loc. cit.

la branche superficielle du périnée, fournie par l'artère honteuse interne, et des honteuses ou génitales externes superficielles et profondes, fournies par l'artère fémorale.

Les veines suivent le cours des artères.

Les lymphatiques viennent se rendre dans les ganglions inguinaux.

Les nerfs proviennent du rameau superficiel du périnée, du nerf honteux interne, de la branche iléo-scrotale (grande abdominale de M. Cruveilhier), enfin de la branche génito-crurale (inguinale interne), fournies toutes les trois par le plexus lombaire.

§ IV. Pour compléter les détails de structure, il nous reste à parler des appareils sécréteurs.

Quoique Graaf (1), Morgagni (2), Haller (3) et Gaspard Bartholin, aient déjà donné une description détaillée des follicules muqueux et glanduleux de la vulve, c'est aux beaux travaux de MM. Robert et Huguier que nous devons les connaissances exactes que nous possédons aujourd'hui sur ce sujet.

Deux ordres d'organes glanduleux se rencontrent dans la vulve et dans les grandes lèvres. Dans le premier, nous plaçons les follicules sébacées et pilifères ; dans le second, les glandes mucipares.

Follicules sébacés et pilifères. Les follicules sébacés se rencontrent sur le pénil, les grandes lèvres et vers les plis génitaux cruraux. Ceux des grandes lèvres présentent deux variétés; les uns, plus nombreux ici qu'ailleurs, sont simplement sécréteurs et pilifères, c'est-à-dire, que de leur centre s'élève un poil plus ou moins développé, qui est sans cesse lubréfié par le produit de sécrétion fourni

---

(1) Graaf, *de Mulierum organis generationi inservientibus.*

(2) Morgagni, *Adversaria anatomica,* n° 1.

(3) Haller, *Elementa physiologica*, t. 8.

par le follicule qui lui donne naissance. Ces différents follicules sébacés produisent une matière onctueuse d'une odeur des plus pénétrantes. Cette matière sert, par ses propriétés, à entretenir l'humidité, la souplesse et la sensibilité spéciale des organes génitaux externes, en même temps qu'elle les met à l'abri du contact sécrétant des différents liquides, tels que l'urine, les fluides vaginaux et utérins. L'hypertrophie de ces follicules constitue une maladie dénommée de nos jours *folliculite vulvaire.*

Glandes mucipares. Selon M. Huguier, les glandes mucipares sont isolées, d'autres sont réunies, juxtaposées les unes aux autres et enveloppées d'une membrane commune. C'est un de ces corps glandulaires que M. Huguier a appelé *glande vulvo-vaginale* (1).

Les follicules mucipares isolés appartiennent plus en propre à la vulve, ils ont été parfaitement décrits, ainsi que leurs affections, par M. Robert. Ils occupent divers points de la vulve, soit le vestibule, soit le pourtour de l'urèthre, soit l'entrée du vagin au-dessous de l'hymen, ou, en son absence, au-dessous des caroncules myrtiformes.

La *glande vulvo-vaginale*, si bien décrite, dans ces derniers temps, par M. Huguier, appartient à la classe des glandes conglomérées; elle avait déjà été indiquée par S. Duverney et G. Bartholin (1677), et plusieurs autres anatomistes; mais c'est à ce chirurgien que revient l'honneur d'avoir décrit les différentes affections dont la glande et ses annexes sont le siége.

La glande *vulvo-vaginale* est située sur les limites de la vulve et du vagin, vers les parties latérales et postérieures de ce dernier conduit, à 1 centimètre environ au-dessus de la face supérieure de l'hymen ou des caroncules myrtiformes, dans cet espace triangulaire formé de chaque côté par la réunion du rectum et du vagin. Placée

---

(1) Huguier, *Comptes rendus des séances de l'Acad. de méd.*, 1846.

dans l'intervalle que laissent entre elles les deux lames aponévrotiques superficielle et moyenne du périnée. Cependant, dans plusieurs dissections, nous avons trouvé la glande plus profondément située, quelquefois au-dessous du constricteur de la vulve, sur les côtés du bulbe du vagin; d'ailleurs elle varie beaucoup. Elle est distante de la face interne de la branche ascendante de l'ischion de 1 centimètre à 1 centimètre et demi; du bord libre de la grande lèvre, de 2 à 3 centimètres, suivant son volume; de l'excavation du pli génito-crural de 1 centimètre seulement. Chez les femmes qui ont cette glande très-développée ou engorgée, il suffit de palper avec soin la partie interne et inférieure de ce pli pour la reconnaître au milieu des autres parties molles. Nous avons constaté plusieurs fois cet excès de développement chez les femmes que nous avons examinées à l'hôpital de Lourcine, où encore nous avons pu étudier l'inflammation de la glande et de ses annexes.

Elle se présente le plus ordinairement sous la forme d'une amande d'abricot encore pourvue de son épiderme.

De cette glande, naît un conduit excréteur, formé par la réunion des divers canaux qui partent des graulations dont le tissu de la glande est composé. Il se dirige obliquement de bas en haut, d'arrière en avant, et de dehors en dedans. La longueur de ce canal est variable. Il vient aboutir à la vulve, au niveau de l'angle rentrant que forme la grande circonférence de l'hymen avec l'ouverture vulvaire chez les vierges, ou de l'angle de réunion de la base des caroncules myrtiformes, latérale et postérieure, avec cette même ouverture vulvaire, chez les femmes qui ont vu.

Le conduit ne s'ouvre pas perpendiculairement à la muqueuse, mais bien obliquement de bas en haut et de dehors en dedans, de sorte que la muqueuse paraît former, à sa demi-circonférence inférieure et externe, une sorte de repli valvulaire. Cette disposition anatomique explique comment cet orifice peut échapper aux regards si l'on n'a soin de faire glisser avec le doigt la muqueuse vulvaire en bas et en dehors pour le redresser. Une légère pression exercée de

haut en bas, et de dehors en dedans sur la glande et le conduit, en faisant refluer une certaine quantité de mucus, suffit pour faire reconnaître sa position.

Cette glande est formée de lobules composés eux-mêmes de granulations arrondies et creuses ; elle est entourée d'une lame cellulo-fibreuse qui envoie des cloisons dans son épaisseur et sépare entre eux les différents lobes.

Les vaisseaux et les nerfs de la glande émanent des mêmes branches qui se rendent à l'orifice vulvo-vaginal et au clitoris.

Les usages de cette glande sont de fournir une sécrétion d'un liquide destiné à lubréfier les parties génitales externes pendant les rapprochements sexuels.

§ V. *Physiologie.* Le rôle physiologique des grandes lèvres est borné ; elles servent à développer, par leur effacement successif dans le moment de l'accouchement, l'ouverture du canal par lequel doit passer le fœtus.

D'après les détails que nous avons donnés à l'occasion de la structure des grandes lèvres, et à la présence dans leur intérieur d'un tissu analogue au *dartos de l'homme,* nous avons voulu nous assurer si, en soumettant ces parties à un changement brusque de température, on observerait des phenomènes semblables à ceux qu'on rencontre dans le scrotum chez l'homme. A cet effet nous avons en différentes fois et à différentes époques fait parvenir un jet d'eau froide sur le milieu de la grande lèvre de sujets jeunes et bien portants, et chaque fois nous nous sommes assuré qu'à l'horripilation de la peau se joignait encore un resserrement manifeste des parties. Nous ajouterons à ce fait les sensations que les femmes soumises à ces expériences nous ont assuré avoir éprouvées en nous prévenant des tiraillements et d'un soulèvement assez fort de la commissure postérieure des grandes lèvres.

§ VI. *Vices de conformation des grandes lèvres.* Les grandes lèvres sont quelquefois complétement absentes.

Il n'est pas rare de voir des femmes chez lesquelles il n'existe presque aucune trace des parties externes de la génération, à l'exception d'un clitoris très-petit et d'une ouverture qui donne passage à l'urine; au-dessous de cette ouverture, commence un raphé qui se prolonge jusqu'à l'anus. Cette occlusion peut être congénitale ou acquise. Quand elle est acquise, c'est à la suite de maladies éruptives ou inflammatoires. Cette occlusion peut être un obstacle à la fécondation et à la génération. Elle nécessite de légères opérations chirurgicales (1).

CHAPITRE II.

§ I. L'étude de la structure des grandes lèvres nous ayant conduit à étudier les maladies de cette région, nous avons été très-surpris en lisant avec attention les différentes observations qu'ont publiées les auteurs sur ces affections, de la presque constante direction qu'elles prenaient. Cette direction est, pour la plupart des cas, toujours oblique de dehors en dedans et de dedans en dehors, de haut en bas ou de bas en haut. Aussi, établissons de suite un signe, qui, s'il était toujours suivi, permettrait facilement d'arriver à un diagnostic sinon certain, du moins très-probable, des différentes affections de cette région. Et d'abord, les tumeurs se développent de la grande lèvre vers la région inguinale; dans cette première classe, je rangerai les *tumeurs inflammatoires*, qui comprennent :

Erythème, érysipèle;

OEdème, phlegmons;

---

(1) Boyer, *Maladies chirurgicales*, t. 10, p. 379.

Les *abcès* et *certains kystes.*

Dans la seconde classe, ou *tumeurs* partant du pli de l'aîne pour se rendre à la lèvre :

Abcès symptomatiques ou *froids, thrombus ;*

Tumeurs inguino-labiales, tumeurs variqueuses ;

Kystes séreux ou *hydrocèles.*

Une troisième classe pourrait être formée pour les *tumeurs vagino-labiales,* parce qu'elles pénètrent dans la grande lèvre par le vagin.

Nous croyons avoir aperçu cette raison dans la constance du sac dartoïque, ou, si l'on préfère, dans cette disposition des deux lames aponévrotiques, que nous avons décrits plus haut.

S'il n'y avait dans la grande lèvre aucun élément pour guider les produits pathologiques qui s'y forment, pourquoi n'observerions-nous pas dans cette région ces abcès diffus donnant lieu à des décollements considérables? Pourquoi les différentes tumeurs qui s'y forment ne se rendraient-elles pas, dans la majorité des cas, dans la région périnéale ou crurale ? Il n'en est rien cependant ; leur marche est presque toujours constante ; il y a là quelque chose qui s'oppose à cette diffusion, et qui fait que quand une tumeur se développe dans la région vulvo-inguinale, cette tumeur, quelle que soit sa nature, revêt toujours des caractères identiques à son espèce. Les recherches des anatomistes modernes, abstraction faite des exagérations qui accompagnent toujours les nouveautés, ont montré que les tumeurs, les abcès, les kystes, etc., subissent dans les diverses régions des modifications de forme qui sont en rapport avec la disposition anatomique des parties, et notamment des aponévroses.

Pourquoi la région vulvo-inguinale serait-elle dépourvue de ce privilége? Nous ne le croyons pas, et la persistance que nous mettons à faire du sac dartoïque un des éléments conducteurs d'affections qui s'y développent, ou qui s'y sont produits accidentellement, nous donne l'espoir que des personnes plus versées que nous dans la science chirurgicale, y portant leur attention, trouveront les raisons des nombreuses divergences d'opinions qui existent encore

entre les auteurs qui se sont occupés des maladies des grandes lèvres.

En attendant, nous allons ici passer en revue un certain nombre d'affections sur lesquelles il nous a été permis de recueillir nous-même des observations. Nous croyons pouvoir démontrer que la plupart des tumeurs inflammatoires de la grande lèvre, les hernies, beaucoup de kystes et d'épanchements de sang, sont contenus dans le sac dartoïque, qui impose sa forme à ces différentes tumeurs.

On ne doit pas s'attendre par conséquent à trouver ici une description complète des maladies de la grande lèvre; nous nous bornerons à montrer, à l'occasion de chacune d'elles, de quelle manière les données anatomiques rendent compte de leur formation et de leur marche.

CHAPITRE III.

Parmi les affections les plus fréquentes des grandes lèvres, nous remarquons les abcès.

Ils peuvent être divisés, selon leur siége anatomique, en abcès :

1° *Furonculeux*,

2° *Phlegmoneux*,

3° *De l'appareil glandulaire.*

§ I.

A. *Abcès furonculeux.*

L'abcès furonculeux siége dans les auréolos et sur le bord libre ou la face externe de la grande lèvre. Il a le volume d'une noisette et suit tout à fait la même marche que les furoncles qui se développent dans les autres parties du corps.

La tumeur se présente sous une forme acuminée, avec un point blanc au sommet, qui, amincissant graduellement la peau, s'ouvre spontanément. Le pus qui en sort est mélangé de sang et accompagné d'un petit bourbillon gangréneux.

Cet abcès présente bien souvent des récidives.

§ II.

B. *Abcès phlegmoneux.*

L'abcès phlegmoneux trouve sa raison anatomique dans le tissu cellulaire lâche qui se trouve entre la muqueuse et la peau, et dans la présence, même chez les femmes les plus maigres, du tissu adipeux qui se trouve renfermé dans le sac.

Le phlegmon étant l'inflammation du tissu cellulaire, il peut se développer partout où ce tissu existe; mais il a bien plus de tendance à se montrer dans les parties où ce tissu est mêlé de vésicules adipeuses. En théorie, par conséquent, le phlegmon peut se manifester dans toutes les parties de la grande lèvre; mais on conçoit aisément que cette affection doit être plus fréquente et plus intense lorsqu'elle frappe le paquet adipeux que lorsqu'elle se développe dans les vésicules adipeuses sous-cutanées. Or, le paquet adipeux étant contenu dans l'intérieur du sac dartoïque, nous pouvons déjà en conclure que la plupart des abcès phlegmoneux de la vulve sont placés dans l'intérieur de ce sac.

L'observation directe a pleinement confirmé cette donnée *a priori*, Nous avons vu dans la grande lèvre deux sortes d'abcès phlegmoneux :

Les uns, beaucoup moins fréquents, moins volumineux et moins graves, sont superficiels, diffus et aplatis; ceux-là se développent entre la peau et la face antérieure au sac; lorsqu'on les abandonne à eux-mêmes, ils s'ouvrent toujours du côté de la peau. Nous le répétons, ils sont assez rares.

La plupart des abcès de la grande lèvre ont, au contraire, une situation plus profonde; ils revêtent la forme d'un ovoïde dont le gros bout regarderait vers la fourchette, et dont le petit bout, dirigé en haut et en dehors, aboutit à la partie supérieure de la grande lèvre. Ces abcès ne sortent pas de ces limites; en particulier, ils ne franchissent jamais le pli génito-crural, et ne peuvent gagner la cuisse. Abandonnés à eux-mêmes, ils s'ouvrent du côté de la muqueuse vulvaire. Ils laissent alors un clapier assez étendu, jusque dans l'épaisseur de la grande lèvre, et leur ouverture devient souvent fistuleuse.

§ III.

C. *Abcès de l'appareil glandulaire.*

Les abcès de la glande ont été très-bien décrits par M. Huguier; nous regrettons vivement que le travail complet de ce chirurgien, sur cette matière, soit encore inédit.

a. *Abcès du conduit excréteur.* Ces abcès reconnaissent toujours pour cause une inflammation du conduit, déterminée par une blennorrhagie, des irritations superficielles de la vulve, une hypersécrétion simple ou purulente.

Ils se traduisent par une tumeur élastique et fluctuante. La glande, dans cette inflammation, est située au dehors et au-dessous de la tumeur; cependant elle est fréquemment engorgée.

L'ouverture spontanée de ces abcès est assez curieuse; elle peut se faire par dilatation extrême du conduit ou bien par ulcérationdes parois. Le pus est blanchâtre, grisâtre, verdâtre, très-visqueux, filant entre les doigts,

Ce pus est toujours en petite quantité, et ne présente jamais l'odeur repoussante du pus provenant des abcès de la bouche ou des environs de l'anus.

b. *Abcès de la glande.* Moins fréquents, selon M. Huguier, que l'abcès du conduit, on ne les rencontre que d'un seul côté; ils reconnaissent pour causes les grandes fatigues, la marche forcée, les excès vénériens, la blennorrhagie vulvaire. Quand un abcès se déclare, la femme éprouve des démangeaisons, des cuissons à l'entrée du vagin. Cet état est accompagné de chaleur, de malaise, de douleurs en urinant; la lèvre se tuméfie, et on sent dans son épaisseur une tumeur qui est ferme, arrondie, globuleuse, plus ou moins sensible.

La douleur se propage vers l'ischion, les parties latérales et antérieures de l'anus, et même jusqu'à l'anus.

Ces abcès peuvent se développer dans le parenchyme de la glande ou dans le tissu cellulaire intergranuleux. M. Huguier désigne le premier sous le nom d'*abcès parenchymateux*, et le second, sous le nom d'*abcès granuleux* ou *multiloculaire.*

Dans l'abcès parenchymateux, qui a une marche assez lente, l'ouverture spontanée se fait au bout de quelques jours; le pus qui s'en écoule présente tous les caractères du muco-pus.

Quelque temps encore après la guérison, la glande reste engorgée.

On sent alors au milieu des parties molles, entre la branche de l'ischion et la partie postérieure de l'entrée du vagin, un noyau dur, résistant, qui forme le reste de l'engorgement de la glande.

Si ces abcès ne se terminent pas par résolution ou par l'ouverture spontanée, 3 ou 4 sangsues, placées sur la glande, font quelquefois promptement justice de l'état inflammatoire. Dans le cas contraire, le mieux est de les inciser, de cautériser la cavité, et de prescrire les moyens les plus simples, tels que bains, injections émollientes.

Pour nous, les abcès de la glande et de son conduit ne sont pas, à proprement parler, des affections propres à la grande lèvre elle-même, mais bien des maladies de ses annexes. Les caractères différentiels qu'ils présentent, d'ailleurs, avec les abcès furonculeux et

phlegmoneux de la lèvre permettront toujours au praticien de les distinguer de suite. En tout cas, il nous paraît que M. Huguier s'est laissé entraîner par l'intérêt de ses recherches, et a exagéré la fréquence des maladies de l'appareil glandulaire de la vulve. Suivant lui, presque toutes les affections phlegmoneuses de la vulve ont leur siége dans cet appareil. Nous ne saurions partager cette manière de voir. Nous avons examiné un grand nombre de femmes à Lourcine, à Saint-Lazare, au dispensaire de la préfecture et dans les divers hôpitaux.

Nous avons vu *sur les filles publiques* beaucoup de cas dans lesquels l'abcès avait bien certainement pour siége la glande ou son conduit excréteur; mais toujours alors la tumeur a une forme globuleuse, elle n'occupe que la moitié inférieure de la grande lèvre, elle forme dans le vagin une saillie arrondie, exactement semblable à celle que M. Huguier a fait représenter sur la 1re figure de la 2e partie de son mémoire (1).

Jamais nous n'avons vu ces sortes d'abcès remonter dans la partie supérieure de la grande lèvre. Au contraire, nous avons vu un grand nombre de fois, sur toutes sortes de femmes, des abcès d'une nature bien différente, que nous n'hésitons pas à placer dans le sac dartoïque. Nous sommes convaincu qu'un grand nombre d'abcès que M. Huguier a placés dans l'appareil glandulaire ont en réalité leur siége dans le sac. Il suffit de jeter les yeux sur la 2e figure de l'article déjà cité (2), pour s'assurer de l'exactitude de notre assertion.

Nous nous expliquons aisément l'erreur dans laquelle M. Huguier est tombé. Ce chirurgien éminent a observé surtout des filles publiques chez lesquelles les maladies de la glande sont fréquentes à la suite de la blennorrhagie. Les abcès du sac reconnaissent une cause toute différente; ils sont dus au froissement subi par la grande lèvre

---

(1) *Journal des connaissances médico-chirurgicales*, avril 1852, p. 198.

(2) Loc. cit., p. 199.

dans les excès du coït, surtout lorsque les organes des conjoints sont disproportionnés. Or une semblable disproportion n'existe pas, en général, pour les filles publiques, dont les parties sexuelles sont dès longtemps dilatées par suite de leur triste position. Et cela explique pourquoi, chez elles, les abcès de la glande sont plus fréquents que ceux du sac. Nous insistons particulièrement sur cela, à savoir, que la description des abcès de la vulve, tels qu'ils ont été observés par les auteurs classiques, est tout à fait différente de celle qui a été donnée par M. Huguier. Ce chirurgien a réellement décrit une affection nouvelle; son seul tort a été de confondre avec cette affection celles qui étaient connues avant lui.

CHAPITRE IV.

TUMEURS SANGUINES.

§ I. Parmi les tumeurs sanguines, le thrombus de la grande lèvre n'est pas une maladie rare ; outre qu'on le rencontre de préférence chez les femmes qui sont en travail ou à une époque avancée de la grossesse, beaucoup de chirurgiens l'ont rencontré, produit par des violences exercées sur la vulve ou par des chutes sur cette même région.

Deneux (1), dans son excellent mémoire, dans lequel il a rassemblé la plupart des faits connus jusqu'à nos jours, a vu le thrombus se produire fréquemment dans l'état de grossesse. Il reconnaissait pour cause la dilatation extrême des veines des grandes lèvres,

---

(1) Deneux, *Mémoire sur les tumeurs sanguines de la vulve et du vagin;* Paris, 1830.

dilatation qui produisait la rupture, et ainsi le thrombus spontané.

De Lamotte cite (1), dans son *Traité de chirurgie,* trois observations très-curieuses : la première surtout, dont je citerai plusieurs fragments, mérite de fixer notre attention, parce qu'elle peut montrer, jusqu'à un certain point, la lésion anatomique.

M. Velpeau en a observé un chez une jeune fille de quatorze ans (2).

Ire OBSERVATION

(tirée de de Lamotte, observ. 248 de cet auteur).

«En novembre 1688, une dame montée sur une chaise, au lieu de descendre par l'endroit où elle était montée, passa sa jambe par-dessus le dossier de la chaise, qui était fort bas, elle y demeura arrêtée, ce qu'elle fit si brusquement que la grande lèvre gauche fut violemment contuse.

«Quand j'arrivai (ce fut bientôt), cette partie était de la grosseur d'un bras, *ce qui me fit appréhender que l'intestin ne fût intéressé.* Mais je fus détrompé en examinant attentivement depuis l'anneau jusqu'à la tumeur. Je pensai donc que c'était du sang extravasé dans la grande lèvre. La résolution fut prompte (compresses résolutives). Pendant la résolution, le sang occupa une grande étendue, et se répandit jusque vers le nombril et le milieu de la cuisse.»

«Il arriva, ajoute l'auteur dans les réflexions qui accompagnent cette observation, qu'une portion du sang ayant passé par l'insensible transpiration au lieu même où était le mal, le reste se répandit dans les parties voisines, et fit changer plusieurs fois la couleur de la peau, circonstances qui étaient des présages d'une prompte guérison.»

Voici maintenant une seconde observation, très-semblable à la précédente, et que je dois à l'obligeance de M. Broca :

---

(2) De Lamotte, *Traité de chirurgie,* édit. Sabatier, t. 2, p. 132; Paris, 1771.

(3) Velpeau, *Dictionnaire de médecine,* t. 20, p. 970.

IIe OBSERVATION.

Le 11 juin 1848, une femme âgée de trente-cinq ans, ouvrière en châles, fut admise à l'Hôtel-Dieu, salle Saint-Paul, n° 21, service de M. Blandin.

Dans la matinée de ce jour, cette femme, voulant atteindre un objet élevé, plaça une chaise sur une table, et monta sur la chaise; lorsqu'elle voulut descendre, elle porta le pied trop en arrière, manqua le bord de la table, et tomba à cheval sur le coin de ce meuble; après quoi, elle tomba à la renverse sur le parquet; elle ne perdit pas connaissance, et se releva, sans beaucoup souffrir; quelques instants après, elle éprouva une douleur au coude, où elle s'était fait une contusion sans importance, et presque en même temps elle commença à souffrir du côté de la vulve. Ce ne fut qu'au bout d'une heure, lorsqu'elle se trouva seule, qu'elle put s'examiner; elle aperçut, du côté gauche de la vulve, une grosseur qui l'effraya; elle alla aussitôt consulter le médecin de son quartier; celui-ci lui dit que *le boyau était sorti*, et l'adressa au Bureau central avec une lettre, dans laquelle il disait sans doute que la malade était atteinte d'une hernie étranglée: le chirurgien de service, préoccupé, selon toute probabilité, par le contenu de cette lettre, n'examina la malade que superficiellement, et la fit aussitôt porter à l'Hôtel-Dieu.

On vint prévenir l'interne de garde qu'une femme atteinte de hernie étranglée avait été reçue dans le service de M. Blandin; il fut facile de reconnaître qu'il n'y avait point de hernie. La tumeur présentait une fluctuation assez manifeste, seulement la peau n'offrait aucune altération ecchymotique, et c'était cette circonstance qui avait d'abord éloigné l'idée d'une contusion; la tumeur, du reste, présentait la forme d'une ovoïde dont le gros bout regardait vers la fourchette, et dont le petit bout remontait au-dessus de l'extrémité supérieure de la grande lèvre. Il y avait un intervalle de plusieurs centimètres entre cette extrémité et l'anneau inguinal, et il n'y avait aucun symptôme d'étranglement. Le lendemain, la peau de la grande lèvre présentait déjà une coloration bleuâtre, la tumeur était encore douloureuse au toucher. M. Blandin proposa à la malade une incision, elle s'y refusa, et le surlendemain elle demanda elle-même sa sortie, de peur d'être obligée de se soumettre à cette incision.

Ce qu'il y a de remarquable dans les deux observations précédentes, c'est que, dans l'un et l'autre cas, le sang épanché a donné lieu à une tumeur dont la forme ressemblait tellement à celle d'une hernie inguinale descendue dans la grande lèvre, qu'on a pu être

conduit à une erreur de diagnostic. De Lamotte fut sur le point de commettre cette erreur; il l'évita néanmoins, mais pour cela il fut obligé d'explorer l'anneau. Dans la seconde observation, l'erreur a été commise. Le chirurgien du Bureau central, qui examina la malade d'une manière sans doute assez superficielle, l'adressa à l'Hôtel-Dieu comme atteinte de *hernie étranglée.* Il est probable qu'il n'avait pas exploré l'anneau. La tumeur, du reste, ne remontait pas jusqu'à ce niveau, et il fut facile à Blandin de reconnaître qu'il s'agissait d'un épanchement de sang dans la grande lèvre; il n'en est pas moins vrai que la tumeur présentait la forme d'une hernie, puisqu'un chirurgien instruit a pu s'y tromper.

Nous ne savons ce qui se passa chez la malade de Blandin, car cette femme sortit de l'hôpital promptement, afin d'éviter une incision qu'on lui avait proposée; mais la malade de de Lamotte a été observée jusqu'à la fin, et il est aisé de comprendre, d'après les détails de l'observation, que le sang était accumulé dans une poche à paroi nettement circonscrite.

La tumeur, en effet, avait acquis promptement un volume considérable, et néanmoins le sang ne s'infiltra dans les tissus environnants qu'au bout de plusieurs jours; la cuisse, l'abdomen, présentèrent peu à peu une coloration ecchymotique. De Lamotte a soin de dire que cela eut lieu *pendant la résolution,* et il considéra cette circonstance comme le présage d'une prompte guérison, c'est-à-dire que le sang resta parfaitement circonscrit pendant plusieurs jours, et que, malgré l'abondance de l'épanchement, malgré la laxité considérable du tissu cellulaire sous-cutané, aucune parcelle de sang ne s'infiltra primitivement dans les parties environnantes.

Nous ne voulons pas dire par-là que le thrombus de la grande lèvre doive toujours présenter les mêmes caractères; mais il nous paraît certain que, dans un bon nombre de cas, l'épanchement du sang se fait dans la cavité du sac dartoïque. Nous démontrerons plus loin que c'est également dans ce sac que descendent les hernies inguinales de la femme, et nous comprenons dès lors parfaitement pour-

quoi ces deux ordres de tumeurs peuvent se ressembler au point d'être prises l'une pour l'autre.

Ajoutons toutefois que cette ressemblance, dans le plus grand nombre des cas, ne pourra être que superficielle. En effet, la densité du tissu cellulaire contenu dans le sac va en croissant de bas en haut, et nous ne connaissons aucune observation dans laquelle l'épanchement de sang ait pu remonter jusqu'au niveau de l'anneau. Il suffira, par conséquent, de chercher avec le doigt la limite supérieure de la tumeur, et si l'on trouve l'anneau libre, on en conclut aisément qu'il s'agit d'un thrombus, et non d'une hernie.

CHAPITRE V.

TUMEURS HERNIAIRES.

§ I. Nous allons nous occuper maintenant d'une autre classe de tumeurs non moins intéressantes que les précédentes. Pour ce sujet, laissons parler M. Velpeau, quand il termine son article sur les hernies inguinales (1).

« J'ajouterai que l'histoire de cette hernie me paraît encore fort peu avancée sous les rapports anatomiques, soit qu'elle se manifeste dès l'enfance, soit qu'elle survienne à une époque avancée de la vie ; on ne sait point, en réalité, si les organes entraînent avec eux le péritoine dans le canal inguinal ou s'ils sont en quelque sorte attirés par un infundibulum séreux primordial. »

Presque tous les auteurs qui ont écrit sur cette matière, Richter (2),

---

(1) Velpeau, *Dictionnaire de médecine* en 30 vol., t. 16, p. 454.

(2) Richter, *Traité des hernies*, p. 265.

Scarpa, etc., Vidal (de Cassis) (1), J. Cloquet, etc., signalent cette difficulté, mais la lecture attentive de toutes les anciennes et nouvelles observations nous permettront peut-être encore de hasarder quelques nouvelles réflexions sur ce sujet.

§ II. Les tumeurs inguinales de la grande lèvre, chez la femme, représentent les hernies inguinales, que l'on désigne chez l'homme sous le nom de hernies dans les bourses, *oschéocèles*. Les organes renfermés dans ces tumeurs sont très-différents : on y rencontre l'intestin, l'épiploon, ou ces organes à la fois. Dans ces cas, les tumeurs de la grande lèvre présentent tous les caractères d'une épiplocèle ou d'une entéro-épiplocèle.

Suivant Richter (2), elles sont quelquefois congénitales. Ce chirurgien dit que Nuck (3) en a observé de ce genre ; mais nous devons avouer que nous n'avons pas trouvé les observations dans l'ouvrage de Nuck.

Ces tumeurs herniaires peuvent se diviser en deux catégories : celles qui après avoir franchi l'anneau viennent dans la grande lèvre ; nous les appellerons *inguino-labiales*.

Les autres pénètrent directement dans la grande lèvre, sans passer par le canal inguinal ; ce sont les tumeurs nommées par M. Stoltz *vagino-labiales*. Nous n'en parlerons que pour établir le diagnostic différentiel des différentes tumeurs herniaires.

§ III.

1° *Hernies inguino-labiales.*

Il n'entre pas dans notre sujet de nous occuper du mécanisme de la

---

(1) Vidal (de Cassis), *Traité de path. chirurg.*, t. 4, p. 486.

(2) Richter, loc. cit.

(3) Nuck, *Adenographia*, loc. cit.

formation de ces hernies, ni de leur constitution au point de vue des organes qu'elles renferment.

Nous rappellerons seulement que les hernies inguinales sont beaucoup plus fréquentes chez la femme qu'on ne pense généralement, et que, suivant MM. Malgaigne et Cruveilhier, ces hernies sont au moins aussi fréquentes que les hernies crurales.

Nous ajouterons qu'on peut trouver dans le sac herniaire les organes les plus dissemblables: l'intestin, l'épiploon, l'ovaire, la trompe et même l'utérus.

Il est à regretter que leur anatomie pathologique soit encore si peu connue; en parlant de leurs enveloppes, les auteurs ont procédé par supposition, plutôt que par observation directe. Nous serons obligé de suivre la même voie, attendu qu'il ne nous a pas été donné de disséquer ces sortes de hernies.

Nous aurons du moins, sur ceux qui nous ont précédé, l'avantage de faire des inductions, en nous appuyant sur des données anatomiques plus précises et plus exactes.

Mais commençons d'abord par établir les faits cliniques. Les hernies inguinales de la femme présentent deux degrés: l'un correspond exactement à la hernie inguino-intersticielle de l'homme; la tumeur est alors contenu dans le canal inguinal, et nous n'avons pas à nous occuper ici de ses caractères.

Dans le second degré, la hernie franchit l'anneau, et se développe librement à l'extérieur.

Les piliers de l'anneau, ne se laissant pas dilater aussi aisément que les parties qui sont placées au-dessous et au-dessus, il en résulte que la tumeur présente le plus souvent un rétrécissement au niveau de l'anneau, un petit renflement au-dessus, et un renflement plus considérable au-dessous.

Astley Cooper a très-nettement décrit cette disposition (1) que

(1) Chassaignac, *OEuvres d'Astley Cooper*, p. 285.

M. Vidal a fait représenter dans la seconde édition (fig. 82) de son *Traité de pathologie externe*.

Ce qu'il importe surtout de constater, c'est la forme et le trajet de la partie extra-inguinale de la tumeur.

Lorsque l'affection est peu ancienne, et la tumeur peu volumineuse, la hernie forme immédiatement au-dessous et en dedans de l'anneau inguinal une saillie arrondie.

Mais, lorsqu'elle vient à s'accroître, elle suit un trajet oblique de haut en bas et de dehors en dedans; elle gagne l'extrémité supérieure de la grande lèvre, puis enfin elle descend dans l'épaisseur de ce repli membraneux et se prolonge quelquefois jusqu'au niveau de la fourchette. En même temps sa forme se modifie et reproduit exactement celle du sac dartoïque telle qu'elle est représentée sur la planche qui accompagne cette thèse. La partie inférieure de la tumeur est plus élargie, en sorte que la hernie devient piriforme.

Jusqu'ici tous les auteurs ont constaté la disposition que nous venons de décrire; mais personne ne s'est demandé pourquoi la hernie suit un trajet aussi singulier et aussi constant.

Pour expliquer comment la hernie inguinale de l'homme descend jusqu'au fond des bourses, on a invoqué les lumières de l'anatomie, et on a reconnu que les enveloppes du cordon servaient de guide à l'intestin et le conduisait jusque dans le scrotum. Mais, chez la femme, on s'est contenté de constater le fait sans en chercher l'explication.

N'est-il pas singulier cependant que la hernie inguinale de la femme, au lieu de se développer uniformément dans tous les sens ou de se porter au hasard vers la cuisse, vers l'abdomen ou vers la symphyse, se dirige toujours précisément vers la grande lèvre? Dira-t-on que l'intestin, qui a déjà suivi dans le canal inguinal un trajet oblique, a de la tendance à suivre la même direction? Mais alors la hernie devrait arriver au devant de la symphyse pelvienne dans la graisse du mont de Vénus, au lieu de descendre dans la grande lèvre. Supposera-t-on encore que la hernie se dirige vers le point où

le tissu cellulaire présente le plus de laxité? Cette opinion a été émise, mais elle n'est point conforme à la réalité. En effet, de l'anneau inguinal à la grande lèvre, le tissu cellulaire est au moins aussi dense, sinon plus, qu'il ne l'est dans les autres points du pourtour de l'anneau inguinal.

L'anatomie va nous donner une explication satisfaisante de ce phénomène jusqu'ici embarrassant. Si l'on n'a pas oublié la description que nous avons donnée plus haut du sac dartoïque, on comprendra que ce sac ne puisse pas ne pas servir d'enveloppe à la hernie inguinale de la femme. Le goulot du sac, en effet, doit s'appliquer exactement sur le pourtour de l'anneau inguinal; il se continue directement, il est vrai, avec le fascia superficialis de l'abdomen, mais il prend aussi des insertions sur l'épine du pubis et sur le pilier externe de l'anneau; par conséquent, tout ce qui sort par l'anneau inguinal se trouve nécessairement emprisonné dans le sac. Dès lors les viscères herniés se trouvent, chez la femme, dans les mêmes conditions que les hernies inguinales de l'homme, qui, quand elles viennent à se développer, ne peuvent descendre que dans le scrotum; de même aussi la hernie inguinale de la femme est obligée, lorsqu'elle prend un volume considérable, de s'étendre jusque dans l'épaisseur de la grande lèvre.

Le canal inguinal de l'homme est beaucoup plus large que celui de la femme; il donne, par conséquent, plus aisément passage à une hernie volumineuse.

Ainsi, tandis que la plupart des hernies inguinales non contenues finissent, chez l'homme, par passer à l'état d'oschéocèle, il est au contraire peu commun de voir la hernie inguinale de la femme descendre jusqu'à l'extrémité inférieure de la grande lèvre. Mais ce qui est très-ordinaire, c'est de voir la masse herniée occuper le tiers ou la moitié supérieure de ce repli membraneux.

Lorsque la hernie inguinale de l'homme devient très-volumineuse, après avoir rempli le scrotum, elle dilate et allonge la région des bourses, et on a vu des tumeurs de ce genre descendre jusqu'au

tiers inférieur de la cuisse ; c'est parce que les enveloppes des bourses ne prennent aucune insertion sur la branche ischio pubienne.

Chez la femme, au contraire, le sac dartoïque, dans son extrémité inférieure, adhère à la fois au derme de la vulve, à l'aponévrose superficielle et à la branche ischio-pubienne; il est, par conséquent, maintenu dans une situation fixe. Nous nous expliquons ainsi pourquoi la hernie peut descendre jusqu'au niveau de la fourchette, tandis que dans aucune des observations que nous avons parcourues, la tumeur ne dépassait ce niveau. Il n'en serait certainement pas de même si le sac herniaire était, comme on le croit généralement, placé immédiatement au-dessous de la peau.

Nous avons dit que la hernie inguinale descendait quelquefois jusqu'au niveau de la fourchette, quoique plusieurs auteurs en aient rapporté des observations; il nous a paru que ce fait n'était pas suffisamment indiqué dans les traités didactiques. Ainsi, par exemple, il n'en est pas fait mention dans le texte de M. Vidal, quoique cet auteur ait fait graver une figure sur laquelle cette disposition existe de la manière la plus manifeste.

L'espèce d'ignorance dans laquelle on est resté sur ce point de pathologie a plus d'une fois embarrassé le diagnostic; il en est même résulté des erreurs funestes.

Aussi on ne saurait donc trop louer la franchise avec laquelle M. Guersant a communiqué à la Société de chirurgie l'observation suivante, dans laquelle une erreur de diagnostic a coûté la vie à une malade.

IIe OBSERVATION.

Une petite fille portait depuis longtemps dans la grande lèvre une tumeur, sans changement de couleur aux téguments, fluctuante, très-mobile; indolente jusque là, cette tumeur était devenue le siége de douleurs assez prononcées pour rendre une opération indispensable. Les caractères que je viens d'indiquer, ainsi que les antécédents, me donnèrent la conviction qu'il s'agissait d'un kyste l'inflammation s'était emparée. Le resserrement de l'anneau ne me semblait pas permettre de s'arrêter à l'idée d'une hernie. J'aurais eu recours aux injections

iodées; mais la difficulté de fixer la tumeur sur la pointe d'un trois-quarts rendait, selon moi, l'ablation préférable. Après l'incision successive des couches extérieures, j'arrivai à une dernière enveloppe qui figurait assez bien la tunique vaginale, et à travers la transparence de laquelle on apercevait comme un corps solide qui se déplaçait sous la pression du doigt. Cette poche ouverte, je reconnus que la petite tumeur qu'elle renfermait n'était autre chose que l'ovaire et une partie de la trompe; j'en fis l'incision; malheureusement une péritonite se déclara, et il fut impossible de s'en rendre maître. A l'autopsie, nous retrouvâmes, au milieu de l'inflammation suppurative du péritoine, les restes de l'ovaire et de la trompe excisés (1).

On trouve dans le *Bulletin de la Société anatomique* quelques détails de plus, relatifs surtout aux résultats de la dissection; la pièce a été présentée à la Société par M. Rombeau, interne de M. Guersant. On lit dans le passage indiqué que l'enfant était âgé de dix ans, que la tumeur occupait la grande lèvre gauche, qu'on ne pouvait pas la refouler en haut, mais qu'on pouvait l'attirer en bas, c'est-à-dire du côté de la fourchette. En disséquant la tumeur, après l'ablation, « on voit son enveloppe extérieure formée par un sac fibreux, semblant se prolonger vers le canal inguinal; au-dessous, une couche de tissu à fibres élastiques, puis une troisième d'apparence séreuse; au fond, des cellules épithéliales, analogues à celles du péritoine. » Enfin, au milieu de ce sac herniaire, se trouvait l'ovaire avec le pavillon de la trompe (2).

Dans la séance suivante, M. Rombeau présenta à la Société anatomique le bassin de cette petite fille, qui avait succombé trois jours après l'opération. On vit sur cette pièce qu'un prolongement du péritoine passait à travers l'anneau inguinal, qui, du reste, ne semblait pas dilaté, et formait autour de la trompe herniée un canal non oblitéré jusqu'au point de la section.

---

(1) *Gazette des hôpitaux*, mai 1851, séance de la Société de chirurgie.

(2) *Bulletin de la Société anatomique*, 1851, p. 151.

Nous avons cité à dessein ces détails de la dissection de la tumeur, parce qu'il nous *paraît* impossible de contester que la hernie ne se fût faite dans l'intérieur du sac dartoïque. En effet, la tumeur avait deux enveloppes ; l'enveloppe la plus interne était vraisemblablement constituée, comme dans toutes les hernies, par le fascia sous-péritonéal; quant à l'enveloppe extérieure, qui formait un *sac fibreux* se prolongeant vers l'anneau inguinal, elle était évidemment formée par le sac dartoïque.

Ainsi il est certain que les hernies inguinales de la femme peuvent parcourir tout le trajet du sac dartoïque, qu'elles ne dépassent jamais les limites du sac, qu'elles ne peuvent pas ne pas s'engager dans son intérieur au moment où elles sortent de l'anneau inguinal, enfin qu'elles doivent avoir pour enveloppes le feuillet membraneux qui constitue la paroi de ce sac.

§ IV.

Tumeur vagino-lubiliale.

Cette maladie a été désignée, par Astley Cooper, sous le nom de *pendendal hernia*, et par M. Stoltz, qui dans un mémoire où il a résumé et discuté tous les faits connus, sous celui de *tumeur vagino-labiale*.

On ne connaît dans la science que quatre observations de ce genre. Deux appartiennent à (1) Astley Cooper, une troisième est rapportée par M. J. Cloquet (2), la quatrième par M. Stoltz (3).

Cette hernie est comprise dans l'épaisseur de la grande lèvre, un peu au dessus d'une ligne qui, partant de l'orifice externe du vagin, se dirigerait de dedans en dehors.

---

(1) Astley Cooper, loc. cit, p. 360.

(2) Art. *Vulve, Dict. des sciences méd.*, t. 58, p. 418.

(3) *Gazette méd. de Strasbourg*, janvier 1845; mémoire *sur la hernie vagino-labiale*.

Le volume ordinaire de cette hernie est celui d'un œuf de pigeon.

La tumeur est élastique au toucher, elle descend quand la malade se tient debout, et rentre dans l'abdomen quand la malade prend une situation horizontale; elle augmente de volume sous l'influence d'un effort. Dans les observations citées, la tumeur se réduisait toujours avec facilité.

Le diagnostic peut offrir quelquefois beaucoup de difficulté.

Comme la tumeur n'a aucune communication avec l'anneau inguinal, qu'elle ne détermine aucune tuméfaction dans la partie supérieure de la grande lèvre, on ne saurait la confondre avec la hernie inguinale descendue dans la grande lèvre elle-même.

D'autres caractères encore lui sont propres.

Ainsi elle occupe le centre de la lèvre et s'étend au côté interne de l'ischion, dans la cavité du bassin. On peut suivre la tumeur jusqu'au niveau de l'orifice de l'utérus, entre l'ischion et le vagin. L'orifice du sac herniaire a d'ailleurs son siége dans le bassin même.

CHAPITRE VI.

DU VARICOCÈLE CHEZ LA FEMME.

Deneux a inséré la note suivante dans son intéressant mémoire sur les hernies de l'ovaire :

« Nous avons vu plusieurs fois, pendant la grossesse, les ligaments ronds former, depuis l'anneau inguinal jusqu'à la grande lèvre du même côté, un bourrelet de la grosseur du doigt, qui gênait singulièrement les mouvements des membres abdominaux » (1).

---

(1) *Hernie de l'ovaire*, p. 71; 1813.

Nous avons dit plus haut que le ligament rond ne descendait pas au-dessous de l'anneau inguinal, il est donc impossible que les tumeurs observées par Deneux fussent constituées par le ligament rond; toutefois nous ne saurions révoquer en doute l'observation de cet accoucheur. Si Deneux a cru que les tumeurs qu'il observait provenaient du ligament rond, c'est sans doute parce qu'il les voyait d'une manière manifeste sortir par l'anneau inguinal.

Or rappelons que les seuls éléments qui sortent par l'anneau inguinal de la femme sont quelques filets nerveux et quelques vaisseaux qui descendent jusque sur la grande lèvre.

Les nerfs ne peuvent évidemment pas donner lieu aux tumeurs qu'a observées Deneux; un névrome ne se produit pas pendant la grossesse pour disparaître après l'accouchement.

Nous arrivons donc, par exclusion, à supposer que ces tumeurs étaient constituées par des dilatations vasculaires.

On sait combien sont fréquentes les varices de la moitié sous-ombilicale du corps chez les femmes enceintes; on sait aussi que le plus souvent ces varices disparaissent d'une manière spontanée après la délivrance.

La cause de ces varices paraît être l'obstacle à la circulation qui résulte de la compression des veines iliaques et de la veine cave par l'utérus gravide; car on ne voit pas pourquoi ce même obstacle à la circulation ne donnerait pas lieu quelquefois à la dilatation variqueuse des veines du ligament rond.

Cette supposition se trouve pleinement confirmée par une observation remarquable que M. Cruveilhier a communiquée à la Société anatomique (1).

Voici le résumé de cette observation :

---

(1) *Bulletin de la Société anatomique*, 1827, 2e édit., p. 199.

IVe OBSERVATION.

En disséquant le corps d'une femme âgée d'environ soixante ans, M. Cruveilhier trouva, au devant de chaque anneau inguinal, une tumeur oblongue, noueuse, assez consistante; il crut qu'il s'agissait de *deux hernies inguinales épiploïques*.

Les membres inférieurs de cette femme présentaient une dilatation variqueuse considérable de toutes les veines sous-cutanées; les honteuses externes, les sous-cutanées abdominales, étaient variqueuses aussi.

En disséquant ces tumeurs, M. Cruveilhier trouva d'abord, immédiatement au-dessous de la peau, les veines honteuses externes flexueuses et dilatées, qui passaient transversalement au devant de la tumeur.

Après avoir enlevé ces veines, il rencontra un plan membraneux assez mou, *grisâtre, fibrillaire, épais d'une ligne, semblable* à la *tunique musculaire de la vessie*, après avoir incisé ce feuillet, il trouva, au-dessous de lui, une grosse veine variqueuse, et autour d'elle plusieurs autres veines flexueuses plus petites; en disséquant ce paquet de bas en haut, il vit les veines variqueuses qui le constituait entrer dans le canal inguinal, le parcourir dans toute sa longueur, suivre la direction du ligament rond, et aller se continuer avec les veines très-volumineuses du ligament large correspondant. La même disposition existait des deux côtés, avec cette différence toutefois qu'il y avait du côté gauche un petit sac herniaire vide placé derrière la tumeur.

Il est incontestable qu'il y a la plus grande analogie entre les tumeurs décrites par M. Cruveilhier et le varicocèle qu'on rencontre si fréquemment chez l'homme. Dans les deux cas, en effet, la tumeur est constituée par la dilatation variqueuse de veines qui sortent par l'anneau externe, après avoir parcouru toute la longueur du canal inguinal.

En vertu de l'analogie qui existe entre le dartos de l'homme et le sac dartoïque de la femme, on est conduit à penser que le varicocèle de la femme doit être placé dans l'intérieur du sac dartoïque.

La description de M. Cruveilhier s'accorde merveilleusement avec cette donnée. On n'a pas oublié cette couche fibrillaire grisâtre, semblable à la tunique musculaire de la vessie, qui entourait de

chaque côté les tumeurs variqueuses inguinales. M. Cruveilhier pensa que cette enveloppe était constituée par le tissu hypertrophié de cette partie du ligament rond qui descend jusque sur la grande lèvre ; mais il a été démontré depuis que le ligament rond s'épuise entièrement dans le canal inguinal. Il n'y a donc qu'une seule manière de comprendre la présence de cette enveloppe épaisse qui existait des deux côtés ; c'est d'invoquer la présence du sac dartoïque dans le goulot duquel les veines qui sortent de l'anneau inguinal sont toujours contenues , et dans lequel, par conséquent, les dilatations de ces veines doivent nécessairement être renfermées.

CHAPITRE VII.

KYSTES.

(Hydrocèle de la femme.)

§ I. J'arrive enfin à une dernière classe de tumeurs qui, comme les abcès , ont pour siége habituel la cavité du sac dartoïque ; je veux parler de ces kystes dont les chirurgiens italiens ont donné la description sous le nom d'hydrocèle de la femme.

Monteggia , Bertrandi , Scarpa , Paletta , Sacchi et Regnoli, se sont occupés de cette question. Le mémoire de ce dernier auteur mérite en particulier, d'être consulté (1).

Regnoli admet cinq variétés d'hydrocèles chez la femme :

1° Épanchement de sérosité dans le tissu cellulaire qui entoure le ligament rond. Cette variété correspond à l'hydrocèle par infiltration du cordon spermatique chez l'homme.

---

(1) *Archives gén. de méd.*, 2e série, t. 5, p. 114; 1834.

2° L'épanchement se fait dans l'intérieur du canal de Nuck, ce canal ayant persisté et ayant continué à communiquer avec la cavité du péritoine. Cette variété correspond à l'hydrocèle congénitale de l'homme.

3° L'épanchement se fait encore dans le canal de Nuck, mais le goulot de ce canal est oblitéré, et la tumeur est exactement semblable, quant à son siége, à l'hydrocèle de la tunique vaginale de l'homme.

4° La sérosité est renfermée dans un kyste, développé dans le tissu cellulaire qui enveloppe l'extrémité terminale du ligament rond.

5° Enfin la collection du liquide s'effectue dans la cavité d'un ancien sac herniaire, dont le col est oblitéré au niveau de l'anneau inguinal, par suite de l'application d'un bandage.

Regnoli a établi cette classification sur des inductions bien plus que sur des observations directes. En théorie, tout ce qu'il avance est possible, mais il n'en résulte pas que ce soit réel.

L'existence de la deuxième variété est démontrée par la première des deux observations que Paletta a insérées dans le 1[er] volume des *Actes de l'Institut italien* (1), et surtout par une dissection de Lecat (2).

Nous admettons également la cinquième variété; le développement d'un kyste séreux dans la cavité d'un sac herniaire n'est pas chose rare.

Une tumeur de ce genre peut se former chez la femme à la suite d'une hernie inguinale. Sacchi en a cité un exemple, qu'il n'a pas du reste rapporté à sa véritable cause (3).

---

(1) Cité par Regnoli, loc. cit., p. 118.

(2) Cité dans une note ajoutée par Rougement à sa traduction de Richter, in-4°, p. 286; Paris, 1788.

(2) Sacchi, *Sur l'hydrocèle de la femme* (*Archives gén. de méd.*, 5[e] série, t. 26, p. 380; 1831).

La première variété, c'est-à-dire l'hydrocèle par infiltration, par *diffusion*, suivant l'expression de Regnoli, n'est établie par aucune observation ; nous nous dispenserons par conséquent d'en parler.

Mais même en admettant comme réelle cette première variété, et en y ajoutant la deuxième et la cinquième, qui sont démontrées, on n'arrive pas à expliquer la formation de la plupart des hydrocèles de la femme.

Le plus souvent, en effet, la tumeur est parfaitement irréductible, parce qu'elle ne communique pas avec le péritoine ; elle est fluctuante, preuve qu'elle est due à une collection et à une infiltration de liquide.

Enfin elle s'est développée spontanément, et n'a pas été précédée d'une hernie, preuve qu'elle ne rentre pas dans la cinquième variété de Regnoli. C'est ce que cet auteur a parfaitement senti : aussi a-t-il admis comme la plus fréquente sa troisième et sa quatrième variété, c'est-à-dire que le liquide est ordinairement contenu ou bien dans un kyste de formation nouvelle, ou bien dans l'extrémité terminale du canal de Nuck, dont le goulot est oblitéré.

Nous remarquons que nous sommes ici en pleine hypothèse. Personne n'a prouvé jusqu'à ce jour que l'oblitération du canal de Nuck puisse se faire d'une manière incomplète, en laissant persister une cavité distincte, semblable à la tunique vaginale. L'analogie veut cette explication séduisante ; mais de là à une démonstration il y a loin.

Nous pensons donc qu'il faut laisser, jusqu'à plus ample informé, la détermination du siége précis de ces collections de liquide ; il faut attendre pour cela qu'on ait fait des autopsies nombreuses, et ce moment est peut-être encore éloigné.

D'ici là nous sommes obligé de nous tenir à l'observation clinique ; celle-là toutefois nous fournit des renseignements précieux. Voici ce qu'elle établit d'une manière incontestable.

Les parties génitales externes de la femme peuvent être le siége de deux ordres de tumeurs kystiques.

Les unes débutent en bas, dans la grande lèvre, et remontent peu à peu vers l'anneau, à mesure qu'elles s'accroissent.

Les autres débutent au voisinage de l'anneau, et s'étendent ensuite, en prenant du volume, vers la partie supérieure de la grande lèvre.

Nous donnerons à ces deux espèces de tumeurs les noms de *kystes inférieurs* et de *kystes supérieurs.*

1° Les *kystes inférieurs* sont de beaucoup plus communs ; on les rencontre fréquemment chez les filles publiques et chez les femmes qui abusent du coït.

Suivant M. Velpeau, ils auraient leur siége dans la bourse muqueuse, que les frottements réitérés développent dans le tissu cellulaire de la grande lèvre (1).

Suivant M. Huguier, au contraire, ils dépendraient d'une dilatation de l'appareil glanduleux (glande vulvo-vaginale ou son conduit excréteur). Cet auteur dit que sur 30 kystes observés chez 34 malades, il n'a pas trouvé une seule exception à cette règle (2).

Nous pourrions répéter ici ce que nous avons dit plus haut en parlant des abcès.

Les kystes glanduleux de la grande lèvre existent réellement, et, sous ce rapport, M. Huguier a fait faire un pas à la science. La 4e figure de la seconde partie de son mémoire offre un exemple incontestable ; mais nous croyons que M. Huguier a trop vite généralisé.

Et, par exemple, nous voyons dans sa 3e figure un kyste bien différent des kystes glanduleux.

Ces derniers kystes, en effet, commencent à la partie *inférieure* de la grande lèvre. Ceux de la glande sont sphériques ; ceux du conduit ont une direction transversale. Or nous avons interrogé plusieurs malades sur l'origine de la tumeur, et nous avons pu nous assurer

---

(1) *Dict. de méd.* en 30 vol., art. *Vulve,* t. 30, p. 1000.

(2) *Journal des connaissances médico-chirurg.*, avril 1852, p. 201.

dans un très-grand nombre de cas que les choses se passaient autrement.

Ce n'est pas par une tumeur sphérique et circonscrite que ces tumeurs débutent le plus souvent, mais par une tuméfaction à peu près uniforme de la partie centrale de la grande lèvre. Plus tard, la tumeur se dessine et se tend; en tout cas, dès cette époque, elle présente la forme d'un ovoïde, dont le gros bout aboutit à la fourchette, et dont le petit bout atteint ou même dépasse l'extrémité supérieure de la grande lèvre.

Cet aspect piriforme est exactement semblable à celui des abcès, des hernies, et de certains trhombus; il est probable par conséquent que, comme ces dernières tumeurs, la plupart des kystes de la vulve sont renfermés dans l'intérieur du sac dartoïque. C'est la seule manière de comprendre la rigoureuse uniformité de leurs apparences extérieures.

En résumé donc, les kystes inférieurs de la grande lèvre peuvent se développer dans l'appareil glandulaire; mais le plus souvent ils se forment dans l'intérieur du sac, et, selon toutes probabilités, ils sont dus au mécanisme indiqué par M. Velpeau.

2° Les *kystes supérieurs* sont plus rares que les précédents. Ils peuvent sans aucun doute se développer dans le tissu cellulaire sous-cutané; mais nous pensons que le plus souvent ils ont leur siége dans le goulot du sac dartoïque.

Cela est certain pour l'hydrocèle congéniale de la femme, dont il est fait mention dans les observations de Lecat et de Paletta. Les notions anatomiques que nous avons exposées prouvent que le cul-de-sac développé du canal de Nuck doit nécessairement, en sortant du canal inguinal, s'engager dans le goulot du sac.

Cela est certain encore pour l'hydrocèle développée dans un ancien sac herniaire, puisque le sac herniaire est toujours renfermé dans le sac dartoïque.

L'hydrocèle par infiltration, admise par Regnoli, et l'hydrocèle fournie par l'hydropisie du canal de Nuck après l'oblitération de son

goulot seraient dans le même cas, si on devait en admettre l'existence. Mais nous avons déjà dit que cette existence est encore douteuse. Restent les simples kystes, développés spontanément dans le tissu cellulaire. Nous admettons volontiers qu'il puisse s'en former en dehors du sac, mais nous pensons que la plupart de ceux que les auteurs ont décrits, étaient contenus dans le goulot du sac.

Ils ont vu, en effet, que ces tumeurs restent globuleuses. Nées au devant de l'anneau inguinal et d'abord arrondies, elles s'allongent en augmentant de volume, et se dirigent peu à peu vers l'extrémité supérieure de la grande lèvre. Dans un cas, tiré du journal de Desault, l'hydrocèle fut prise d'abord pour une hernie; elle avait une forme ovale, *et s'étendait depuis l'anneau, où elle paraissait engagée, jusque dans la grande lèvre du même côté.* Lorsqu'on attirait la tumeur en bas, elle s'écartait de l'anneau d'un travers de doigt (1).

Dans la 2e observation de Paletta, la tumeur aboutissait à la partie supérieure de la grande lèvre, et son pédicule adhérait à l'anneau inguinal. Dans l'observation de Sacchi, la *tumeur était irrégulièrement cylindrique... elle se portait* obliquement en bas, et occupait le tiers supérieur de la grande lèvre.

En voilà assez pour prouver que les kystes dont il est ici question suivent exactement le même trajet que les hernies.

Or on a vu partout les kystes revêtir la forme globulaire lorsque rien n'entraînait leur développement.

Il faut donc qu'il y ait ici une cause capable d'arrêter l'expansion du kyste dans certaines directions; il faut que le kyste soit renfermé dans une cavité qui l'oblige à se diriger de l'anneau ingninal vers la grande lèvre. Cette cavité, l'anatomie nous en dévoile l'existence. Le sac dartoïque présente précisément cette direction et ces connexions.

---

(1) *Journal de chirurgie* de Desault, t. 1, p. 251 et suiv.

Il nous paraît donc que les kystes supérieurs ou hydrocèles de la femme, de même que les kystes inférieurs de la grande lèvre, se développent le plus souvent dans l'intérieur du sac dartoïque qui leur impose sa forme, et les oblige à suivre son trajet.

En résumé, nous nous sommes attaché à établir, dans cette thèse, que la plupart des tumeurs de la grande lèvre ont leur siége dans le sac dartoïque, qui leur impose sa forme et ses connexions; ainsi :

1° La plupart des abcès phlegmoneux sont contenus dans le sac dartoïque; les abcès glandulaires, considérés par M. Huguier comme la règle, sont, au contraire, l'exception.

2° Les épanchements de sang, désignés sous le nom de *thrombus de la vulve,* ont quelquefois leur siége dans le sac dartoïque, ils présentent alors une forme spéciale, et ils peuvent ressembler à des hernies.

3° Les hernies inguinales de la femme s'engagent dans le sac dartoïque; elles peuvent parcourir ce sac dans toute sa longueur, s'étendre jusqu'au niveau de la fourchette, mais elles ne dépassent jamais cette limite.

4° Le varicocèle de la femme, dû au développement des veines du ligament rond, a encore son siége dans le sac dartoïque.

5° Les kystes désignés sous le nom d'*hydrocèles de la femme* sont également placés dans ce sac.

6° Ces kystes sont de deux sortes; les uns se développent de haut en bas, dans le goulot du sac dartoïque, ils paraissent être quelquefois placés dans ce prolongement, qu'on appelle *canal de Nuck.*

7° Les autres se développent de bas en haut dans le fond du sac dartoïque, et paraissent avoir leur siége dans une sorte de bourse muqueuse qui se développe dans l'intérieur du sac, chez quelques femmes qui abusent du coït.

8° Les kystes glandulaires, décrits par M. Huguier, existent réellement, et donnent lieu à des tumeurs entièrement différentes des kystes proprement dits de la grande lèvre.

EXPLICATION DES PLANCHES (1).

Figure Ire.

Le sac dartoïque vu à l'extérieur.

A. Région anale.

B. Grande lèvre gauche.

C. Ligne médiane de l'abdomen.

D. Aponévrose de la cuisse recouvrant les muscles adducteurs.

1,1. La peau de la grande lèvre droite disséquée de dehors en dedans, et attirée à gauche.

2,2. Extrémité supérieure du sac dartoïque correspondant à l'anneau inguinal externe.

3. Le col du sac dartoïque.

4. Arcade que décrit le bord externe de ce col. Un stylet a été introduit au-dessous de cette arcade, et est ressorti du côté de la ligne médiane, après avoir passé en arrière du col.

5. Le corps du sac dartoïque.

6. Bord interne inséré sur la face profonde du derme.

7. Bord externe adhérent à la branche ischio-pubienne.

8. Fascia superficialis de la cuisse, venant aussi adhérer à la branche ischio-pubienne.

9. Extrémité inférieure et postérieure du sac, s'effaçant peu à peu au niveau de la fourchette.

10. Le col du sac dartoïque gauche.

Figure II.

Sac dartoïque ouvert.

On reconnaîtra aisément la position des parties en comparant cette figure à la précédente.

1° Col du sac dartoïque droit non ouvert.

---

(1) Une copie de cette planche paraîtra prochainement dans l'atlas que le libraire Masson publie sous les auspices de MM. Broca et Beau.

2,2. La peau de la grande lèvre gauche disséquée de dehors en dedans, et attirée à droite.

3,3. Les parois du sac dartoïque gauche, attirées en sens opposés, pour montrer l'intérieur du sac.

4,4. Un stylet passant derrière le cul-de-sac.

5. Le paquet graisseux de la grande lèvre entièrement contenu dans le sac.

6. Anneau inguinal externe. On voit que l'extrémité supérieure du sac vient s'appliquer circulairement autour de cet anneau.

7. Petits cordons vasculaires ou nerveux qui sortent du canal inguinal et gagnent le paquet graisseux.

8. Paroi postérieure ou profonde du sac, confondue avec l'aponévrose périnéale superficielle. Le paquet graisseux a été légèrement refoulé en haut, pour permettre de voir une partie de cette paroi postérieure.

Fig. 2

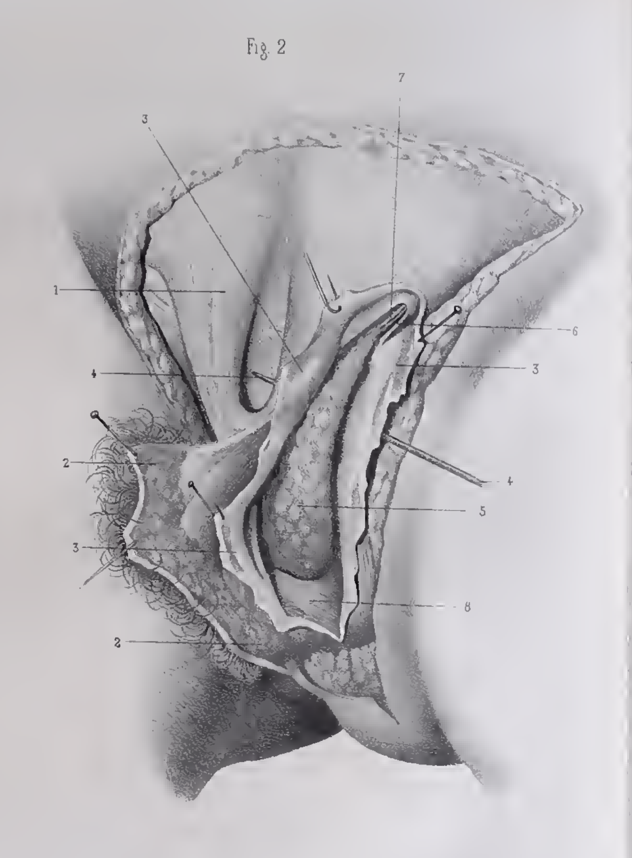
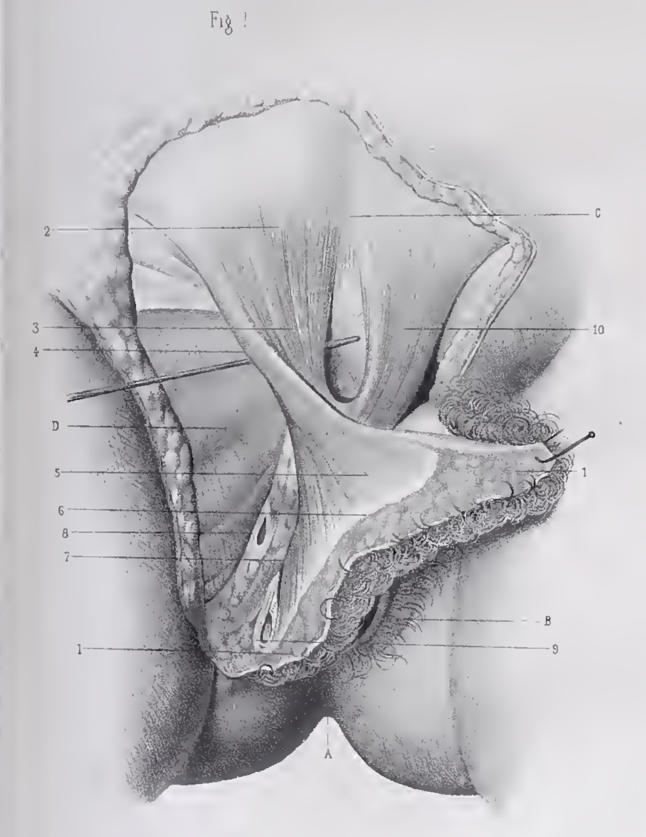


Fig. 1



E[illegible] Beau ad natur[illegible]m del

Offic Litho Auguste Bry.